

Contribution à l'étude
de la
rupture prématurée des membranes
dans les
trois derniers mois de la grossesse
avec
accouchement différé plusieurs semaines

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1928.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine CHAFFARDON

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Né le 16 Octobre 1902 aux ECHELLES (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1928

Contribution à l'étude de la rupture prématurée des membranes
dans les trois derniers mois de la grossesse
avec accouchement différé plusieurs semaines



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
de la
rupture prématurée des membranes
dans les
trois derniers mois de la grossesse
avec
accouchement différé plusieurs semaines

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1928.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine CHAFFARDON

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Né le 16 Octobre 1902 aux ECHELLES (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1928

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président*; CHALIER A., *assesseur* ;
RHENTER, WERTHEIMER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR *CHABALIER*,
Médecin chef de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

Tué dans un accident de montagne
le 31 juillet 1928.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON,
*Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon.*

Hommage de respectueuse reconnaissance. Il a bien voulu nous accueillir dans son service avec une bienveillance dont nous ne perdrons jamais le souvenir. Après nous avoir fait bénéficier de son enseignement et de ses conseils, il nous fait le très grand honneur de présider notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHERAND,
*Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon.*

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Il a été notre guide, et ne
nous a ménagé ni son temps, ni sa
peine. Nous le prions d'agréer
l'expression de notre vive grati-
tude.

Contribution à l'étude de la rupture prématurée des membranes
dans les trois derniers mois de la grossesse
avec accouchement différé plusieurs semaines

Introduction

Le plus souvent, c'est au début de la période d'expulsion que les membranes de l'œuf se rompent et laissent écouler les « eaux ». C'est le moment idéal, et la rupture est dite tempestive.

Il arrive aussi, et le fait est loin d'être rare, que pour des causes connues ou inconnues, les membranes se rompent plusieurs heures, et même plusieurs jours quelquefois, avant le moment de l'expulsion. Cette rupture est dite intempestive.

Si la rupture a lieu avant que la dilatation ne soit complète, on dit qu'il y a rupture précoce ; si elle se produit avant tout début de travail elle est dite prématurée.

La rupture prématurée peut survenir à n'importe quel moment de la grossesse. Si elle se produit dans les premiers mois, la grossesse est très gravement compromise ; il y a bien des chances pour qu'un avortement se produise immédiatement. Il est cependant des cas, rares du reste, dans lesquels l'œuf peut continuer à se développer et la grossesse se poursuivre, mais les

membranes se plissent et se retractent, abandonnant leur rôle d'enveloppes, le fœtus se développe en dehors d'elles, on a une grossesse extra-membraneuse.

En fait, comme nous le disons plus haut, il s'agit de raretés qui resteront hors du cadre de notre sujet.

Nous n'avons en vue que les ruptures qui se font dans les derniers mois de la grossesse, après le sixième.

A ce moment, la rupture prématurée est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche davantage du terme.

Dans ce cas, l'accouchement survient en règle générale, dans les heures ou les jours qui suivent.

Il est rare de constater entre la rupture de l'œuf et l'expulsion du fœtus un délai de plus de 10 jours. Il est classique de dire qu'un œuf ouvert a bien des chances de s'infecter. Cependant, on peut observer des cas où l'expulsion peut être différée non seulement plusieurs jours, mais plusieurs semaines après rupture des membranes, sans que surviennent pour cela des accidents d'infection. On peut, de plus, obtenir des enfants vivants et bien constitués.

Conseillé par M. le Docteur Gaucherand, chef de clinique obstétricale, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ces cas où la rupture des membranes a précédé de plusieurs semaines l'expulsion du fœtus. Nous avons eu la bonne fortune de trouver dans le service de notre Maître, M. le Professeur Voron, dans le cours des dernières années, trois cas de rupture prématurée des membranes plusieurs semaines avant l'accouchement.

Ce sont ces trois observations que nous présentons.

Après un court aperçu d'histoire sur la question de la rupture prématurée des membranes, nous verrons ce qu'il faut penser des nombreuses étiologies proposées. Nous étudierons ensuite les membranes : leur structure, leur rôle dans l'accouchement, l'inconvénient de leur rupture prématurée. Leur rôle dans l'accouchement nous conduira à parler, au chapitre suivant, du liquide amniotique. Nous terminerons par quelques mots sur la conduite à tenir et pronostic en pareil cas, et présenterons nos observations suivies de nos conclusions.

Historique

Les accoucheurs connaissent depuis bien longtemps ces cas dans lesquels la poche des eaux s'ouvre avant tout début de travail. C'est dans Hippocrate (1) que l'on trouve le premier texte se rapportant à cette question. « Chez quelques femmes, écrit-il, les eaux s'écoulent avant l'accouchement; de la sorte nécessairement, les douleurs sont sèches et laborieuses, celles au contraire dont les eaux ne sortent pas prématurément, accouchent facilement. »

A la fin du premier siècle, Soranus d'Ephèse (2) pense qu'« il ne faut pas léser le chorion qui contient le liquide si utile à l'accouchement ». Il semble bien malgré la difficulté qu'il y a en face d'un texte ancien, de dire si telle ou telle phase se rapporte bien à telle question précise; il semble bien, disons-nous, que Soranus redoutait la rupture prématurée, et du reste, il proscrivait tout rapport sexuel « dans tous

(1) HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Traduction Littré T. VII.

(2) SORANUS D'EPHESE. — Traité des maladies des femmes et Mochion. son abrégiateur et traducteur. Traduction de Fr. Jos. Herigott (1895).

les temps de la grossesse » parce que dangereux pour le chorion.

Moschion, traducteur de Soranus au VI^e siècle, a des idées semblables. Il proscriit le coït dans le dernier mois, mais uniquement dans le dernier mois : « les mouvements qui se produisent pouvant avoir pour effet de rompre le chorion et de laisser s'écouler le liquide préparé par la nature pour favoriser la sortie de l'enfant ».

Vers 1600, un auteur germanique, Sennert, parle de cette rupture intempestive prématurée, et à sa suite nombre de médecins observent des ruptures prématurées et en parlent comme d'un événement très à redouter pour la mère et l'enfant.

Au XVII^e siècle Mauriceau (1) propose une étiologie. « Les membranes sont si faibles qu'elles se rompent avant dilatation. »

Baudelocque (2) fait chorus avec ses contemporains, et, dans son livre, daté de 1779, il écrit : « L'accouchement est quelquefois plus long et plus difficile, quand les eaux se sont écoulées prématurément. »

Mme Lachapelle (3) redoute, elle aussi, cette rupture anticipée, et l'accuse de déclancher le travail.

En somme, dans tous les anciens écrits, on retrouve des textes qui ne permettent pas de douter que dès la plus lointaine antiquité, les accoucheurs ont connu

(1) MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, p. 259, livre II.

(2) BAUDELLOCQUE. — *Art des accouchements*, 1779.

(3) LACHAPELLE (Mme). — *Mémoires*, tome I, publié par Ant. Duges. Paris, 1821.

les ruptures prématurées, et chez tous, on reconnaît la même note pessimiste.

Il faut arriver à la seconde moitié du XIX^e siècle pour voir les auteurs s'intéresser davantage à ces ruptures prématurées, et moins craindre leurs effets.

Paul Dubois, le premier, pense que le pessimisme dont on a fait preuve jusqu'à lui est excessif.

En 1858, Cazeaux écrit dans son « traité théorique et pratique de l'art des accouchements » : « J'ai observé plusieurs fois déjà une particularité assez remarquable et qui ne me paraît pas avoir fixé l'attention des praticiens : je veux parler de la rupture des membranes avant toute contraction de l'utérus. Elle constitue chez quelques femmes les premiers phénomènes du travail, et les douleurs ne surviennent qu'après un temps plus ou moins long, quelquefois même plusieurs jours ». Il admet que le travail est plus long, plus laborieux. Comme cause de la rupture prématurée, il incrimine des contractions non douloureuses de l'utérus, ou « l'excessive tension de la poche amniotique ».

Chailly-Honoré, dans son « Traité pratique de l'art des accouchements », daté de 1867, est beaucoup plus rassurant.

Il va même jusqu'à reconnaître une certaine utilité à la rupture prématurée dans certains cas : « L'utérus est-il trop distendu, elle permet à cet organe de revenir sur lui-même ; elle favorise les contractions et accélère ainsi le travail. »

Pour Schröder « Manuel d'accouchements, 1875 », il n'y a pas lieu de redouter la rupture prématurée des membranes autant que le faisaient les anciens, car la plupart du temps, l'utérus contient encore assez de liquide amniotique, pour que les différents temps de l'accouchement se succèdent normalement.

Tarnier et Chantreuil, dans leur *Traité* de 1880, se rangent à l'avis de P. Dubois et de Chailly-Honoré. Les notions sur l'œuf et ses enveloppes se précisent.

A la suite de P. Dubois et de Pinard, on va jusqu'à conseiller la rupture prématurée des membranes comme moyen thérapeutique dans certains cas. Bien plus, en 1882, Alézaïs (1) affirme que « la rupture prématurée est un événement heureux, car elle abrège notablement la durée du travail ».

Pinard attire l'attention sur une cause fréquente de rupture spontanée prématurée: le placenta prævia. En 1895, Tarnier individualise la grossesse extra-membraneuse; en 1898, Bar apporte des précisions sur cette question, et dans sa Thèse, Paris 1899, Glaize réunit toutes ces notions nouvelles.

Dans les 30 dernières années, la rupture prématurée des membranes a donné lieu à un certain nombre de publications. On a distingué les ruptures des premiers mois, et celles des derniers mois, les ruptures isolées de l'amnios dans les deux premiers mois.

D'une façon générale, on ne redoute plus, comme

(1) ALÉZAÏS. — Rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Thèse Montpellier, 1882.

autrefois, la rupture prématurée. On a pu constater qu'elle abrégait le travail le plus souvent, et que la mère et l'enfant ne se trouvaient pas aussi désavantagés qu'on l'avait pensé.

Etiologie

Comment expliquer la rupture prématurée des membranes? Quelles en sont les causes? Elles ne manquent pas, si l'on en juge par celles, très nombreuses, que l'on a tour à tour invoquées. Il ressort de leur étude que toutes sont possibles, mais qu'on ne peut que très rarement incriminer telle ou telle. Il existe un grand nombre de cas qui ne sont apparemment justiciables d'aucune des étiologies multiples que nous allons passer en revue, non point tant pour fixer l'attention sur telle ou telle, mais surtout pour bien mettre en évidence le fait que les véritables causes de rupture prématurée des membranes sont mal connues, et quelquefois nous échappent encore.

Certains accoucheurs pensent qu'il faut incriminer la tension exagérée de l'œuf. Cette tension peut avoir diverses origines, et être due à de l'hydramnios, à une grossesse gemellaire, à un gros enfant, à des contractions précoces. Ces divers éléments se combinant entre eux de façon variée.

Parfois il faut incriminer un bassin rétréci, une présentation vicieuse, qui en ne s'adaptant pas au niveau

du col « laisse porter sur les parois de l'œuf tous les efforts de tension de l'utérus ». (Kreiss).

Une insertion vélamenteuse du cordon peut aboutir au même résultat.

Plus exceptionnellement, il faudrait voir dans la rupture prématurée des membranes la conséquence d'efforts, de coïts, la multiparite agirait, l'hérédité même.

On a vu des auteurs incriminer « la chaleur du lit, la mauvaise alimentation, les chagrins ». Il nous semble inutile d'insister sur le caractère fantaisiste de semblables étiologies !

Pour d'autres, il s'agirait d'une friabilité spéciale des membranes, friabilité qui aurait son origine dans des anomalies du placenta (placenta marginé), Glaize, Maroger. Il est vrai que d'autres (Bonnet, Fabre in thèse Jossierand, 1920) considèrent la margination du placenta comme la conséquence et non la cause de la rupture prématurée.

Pinard (1) a particulièrement insisté sur une cause prépondérante de rupture, selon Lui : l'insertion basse du placenta. Les statistiques de son élève Richard paraissent appuyer cette manière de voir.

En face de l'impossibilité où l'on est, le plus souvent, d'invoquer ces étiologies, on a pensé que la rupture prématurée se voyait dans les cas d'œufs greffés sur des utérus atteints d'endométrite déciduale. Leur étude a été faite à l'étranger par Hegar, Verit. Schröder ; en France, par Tarnier, Budin.

(1) A. PINARD. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Paris. — Annales de Gynécol., Paris, 1886.

On ne sait pas grand chose des causes de cette endométrite. Evidemment syphilis, tuberculose, infection puerpérale antérieure, peuvent être invoquées, mais en règle générale « il semble logique d'admettre qu'une infection soit passée inaperçue, soit volontairement cachée (blennorrhagie), est venue atteindre la muqueuse utérine ».

Le processus inflammatoire atteindra la caduque vraie et la caduque réfléchie, le chorion sera lui-même envahi, et, de proche en proche, l'infection finira par toucher l'amnios. Les membranes ainsi altérées seront moins élastiques, partant plus friables. Que survienne un traumatisme, même léger, ou tout autre motif si insignifiant qu'il passe inaperçu et les membranes se rompront.

Dans un travail Allemand, un des plus récent sur ce sujet, cité par Kreiss (Naujoks : Haben anatomische Veränderungen der kindl Echaüte einén Einsfluss auf die Zeit des Blasensprungs? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn, tome LXXXIV, 1922), on accuse formellement la qualité des membranes. L'examen histologique aurait montré à l'auteur « des signes de dégénérescence cellulaire de l'une ou de l'autre membrane, ou une infiltration leucocytaire » qu'il invoque comme cause de rupture prématurée. Les altérations dont il parle, ne sont pas spécifiques, il s'en faut. L'auteur confesse lui-même qu'il a retrouvé ces mêmes altérations dans les cas de membranes résistantes, ce qui évidemment, ne laisse pas grande valeur aux observations précédentes.

En somme, de tout ce qui précède, *il faut conclure que les causes des ruptures prématurées sont très variables et quelquefois très difficiles à reconnaître.*

Dans notre observation II on peut expliquer la rupture par une atteinte endométritique, peut-être d'origine tuberculeuse ; c'est une supposition étayée sur le fait qu'on a trouvé deux ans avant l'accouchement, des lésions bacillaires fibreuses au sommet du poumon droit.

Dans notre observation I, il y avait un cotylédon aberrant, cause d'hémorragie, et au niveau duquel s'est faite la rupture.

Dans notre troisième observation, quelle cause invoquer ? On ne peut mettre en évidence une étiologie nette. Il n'est même pas possible d'invoquer la friabilité des membranes, puisque la désorganisation des éléments histologiques n'a pas été constatée par des examens microscopiques.

Les membranes

LEUR STRUCTURE ET LEUR DISPOSITION

L'œuf se compose de l'embryon baigné dans le liquide amniotique, et des membranes qui sont au nombre de trois. La plus interne est l'amnios, soutenue et renforcée par le chorion, adhérent à la caduque réfléchie dans les premiers mois, et à la caduque vraie ensuite.

En un point du chorion existe le placenta que le cordon ombilical relie à l'embryon.

L'amnios est une membrane mince, mais résistante, qui tapisse la cavité amniotique. Composée de deux couches, l'une interne épithéliale, l'autre externe conjonctive. La couche interne qui est en rapport avec le liquide amniotique, est constituée par un épithélium pavimenteux à une seule assise. Au niveau du cordon, il peut y avoir deux ou trois assises. Ces cellules sont de formes polygonales, plus ou moins festonnées avec un et souvent deux noyaux. La couche externe conjonctive est très mince, si peu épaisse, que des auteurs ne l'admettent pas. Elle relie la membrane interne de l'œuf au chorion. Constituée par du tissu cellulaire adulte avec des fibres élastiques, parcourue par quelques vais-

seaux, cette couche constitue la membrane intermédiaire de Bischoff. La vascularisation, peu importante, a été étudiée par Yungbluth, Waldeyer, Dastres.

L'amnios tapisse la face fœtale du placenta et aussi le cordon ombilical.

Au point de vue nerveux, d'après Argaud, on peut distinguer deux plexus : l'un superficiel, l'autre profond.

La sécrétion de l'amnios serait commandée par des rameaux issus du plexus superficiel.

Le chorion, seconde membrane de l'œuf, est compris entre l'amnios et la caduque. Dans les deux premiers mois de la grossesse, il est hérissé de villosités qui pénètrent les deux caduques : caduque vraie et caduque réfléchie ; mais à partir de la fin du troisième mois, ces villosités ne persistent plus qu'en un point limité, donnant le chorion frondosum qui donnera naissance au placenta fœtal. Ce qui reste du chorion, le chorion lisse, adhère à la caduque réfléchie, et n'est pas séparable d'elle. Le chorion richement vascularisé au début de la grossesse (Dastres), a donc une vitalité propre au début, mais à la fin de la grossesse, c'est au niveau du seul chorion villex qu'il faut chercher des vaisseaux.

Enfin, plus en dehors, existe le troisième feuillet des membranes, constitué par la muqueuse utérine transformée pendant la grossesse et appelée caduque. Cette caduque, se divise en :

1° Caduque sérotine, ou inter-utéro placentaire, qui formera la portion maternelle du placenta ;

2° Caduque vraie, qui est la muqueuse utérine hypertrophiée, qui se continue avec la caduque inter-utéro-placentaire ;

3° La caduque réfléchie, entourant l'œuf pendant les quatre premiers mois et se fusionnant vers quatre mois et demi avec la caduque vraie.

Pour compléter cette étude, disons que le placenta est formé de deux parties distinctes.

Sur la partie maternelle ou sérotine, existent des saillies, appelées cloisons intercotylédonnaires, et dans l'intervalle desquelles se logent les villosités du chorion frondosum qui forment la partie fœtale du placenta.

A la périphérie du placenta, l'amnios qui en a recouvert toute la surface, s'accole au chorion lisse et forme avec la caduque réfléchie, les membranes de l'œuf.

LEUR UTILITÉ AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT.

Les membranes peuvent être assimilées à un sac à trois enveloppes, protégeant un contenu qui remplit tous les recoins du sac.

En effet, les membranes jouent le rôle de sac protecteur ; elles assurent à l'embryon la sécurité à l'intérieur de la cavité amniotique ; elles le protègent contre les chocs extérieurs, et assurent par leur étanchéité une bonne contention du liquide amniotique qui a un rôle à jouer, comme nous le verrons dans notre prochain chapitre.

De plus, les membranes garantissent la cavité amniotique et l'embryon contre toute invasion de germes étrangers venus de l'extérieur, par l'intermédiaire du vagin.

Au moment de l'accouchement, les membranes jouent un rôle de tout premier plan.

Au début du travail, la position du fœtus est en général devenue définitive; le sommet ou le siège est fixé au détroit supérieur ou plongeant de l'excavation.

A partir de ce moment, le toucher vaginal, si on le pratique pendant une contraction, permettra de sentir une portion de membrane qui bombe, et que l'orifice utérin faiblement dilaté, met à nu: c'est la poche des eaux, agent de la dilatation, poche formée par le chorion et l'amnios à l'exclusion de la caduque.

Pour Beaudelocque (1) « la poche des eaux est une tumeur plus ou moins large et tendue dans le moment de la douleur, que forment à mesure que l'orifice se dilate, les membranes qui s'y présentent et s'y engagent ».

Duncan pense que « la poche est la portion des membranes que l'orifice met à nu en se retirant ». Pour Lui, la paroi utérine se séparerait de l'œuf en se rétractant, et glisserait le long des membranes en entraînant le col de bas en haut.

Pour Varnier, l'œuf décollé glisse vers l'orifice externe à la façon d'un coin. « Il n'y a pas de dilatation possible sans coin transmettant excentriquement à l'orifice la pression intra-utérine, le coin physiologique c'est la poche des eaux ». Pour expliquer la dilatation par ce coin liquide qui s'insinue entre les lèvres du col pour les écarter, Varnier s'exprime ainsi : « L'utérus fait effort sur son contenu; il presse l'œuf dont il augmente la tension. Le liquide amniotique étant incompressible, il faut, s'il est chassé d'un point qu'il trouve

(1) VARNIER. — Obstétrique journalière.

à se loger ailleurs. Il tend naturellement à se porter là où il rencontre le moins de résistance. Ce point de moindre résistance, c'est le segment inférieur et le col ; ainsi le pôle inférieur de l'œuf formé de membranes extensibles, étant soumis à un excès de tension, tend à se hernier dans le canal cervical dont il ouvre, dilate, efface l'orifice interne, jusque-là fermé ».

La poche des eaux revêt différentes formes : plate, assurant une bonne présentation, en boudin ou sphérique dans les mauvaises présentations. Aussi, tous les accoucheurs, après Mme Lachapelle, ne craignent pas les « eaux plates ». Dans ce cas, il y a analogie entre cete poche plate et l'absence de poche des eaux.

Depault écrivait : « Il vaudrait mieux dire qu'il n'y a pas du tout de poche des eaux, on serait dans le vrai ; la tête comprimée de toutes parts dans le bassin, ne permet pas au liquide de s'accumuler entre elle et les membranes, et bien que je ne conteste pas son utilité, on la voit souvent manquer pendant une grande partie du travail, et cependant l'utérus s'ouvre de plus en plus » ; s'il n'y a pas contraction, la poche est flasque ; mais pendant les douleurs, le liquide se porte vers le pôle inférieur de l'œuf et provoque l'ouverture de la dilatation du col.

LA POCHÉ DES EAUX EST UTILE MAIS PAS NÉCESSAIRE TOUJOURS.

La poche des eaux, de l'avis unanime des accoucheurs, est importante à cause de son utilité dans la dilatation. Cette opinion de Varnier, sur le rôle du

coin physiologique représentée par la poche des eaux, est admise par tous les traités ou presque. Fabre, Ribemont, Dessaignes, Vignes (dans *Physiologie obstétricale*) admettent cette manière de voir. A la suite de Demelin et Devraigne, quelques auteurs croient devoir attacher beaucoup moins d'importance à ce coin dilatateur. Dans son *Traité*, 1924, Demelin écrit : « La poche des eaux joue le rôle d'une force qui n'est pas indispensable, puisqu'elle peut être suppléée par d'autres, même dans l'évolution de l'accouchement spontané, force qui, à l'encontre de la contraction utérine ne trouve pas en elle-même la raison de son activité ».

La contraction utérine, secondée parfois par la contraction abdominale, est susceptible d'assurer la dilatation et l'expulsion. En effet, la musculature utérine est faible dans son tiers inférieur ; l'utérus a donc une force plus grande à la partie supérieure et à la partie moyenne. La poche des eaux, sous l'influence de cet effort musculaire, est obligé de faire hernie à travers l'orifice utérin.

« Pour que la dilatation se produise, il faut un point d'appui qui rende efficace l'action des fibres longitudinales de l'utérus sous les fibres du col. Que ce point d'appui soit la poche des eaux ou une partie fœtale, capable d'appuyer sur le col et qui, comme un coin s'interpose entre les lèvres, la dilatation se produit. »
Pierre.

Dans nos observations, nous voyons l'accouchement se faire sans que la dilatation ait été aidée en quoi que ce soit par la poche des eaux.

Il s'agit de trois présentations du sommet. Or, la présentation du sommet avec tête fléchie, offre à l'orifice du col, la circonférence sous-occipito-bregmatique dont les diamètres sont tous égaux, et par suite, semblables à ceux de la poche des eaux. Le sommet fœtal s'accommode parfaitement à l'orifice formé par le pôle inférieur de l'utérus, la dilation s'opère facilement comme si la poche des eaux existait.

La poche des eaux sera nécessaire dans les cas de présentations vicieuses : sommet avec tête mal fléchie, siège, épaule ; dans ce cas, la partie qui se présente n'offre pas une égalité des diamètres suffisante pour lui permettre de jouer le rôle du « coin physiologique ».

Si nous considérons la durée de l'accouchement avec poche des eaux rompue depuis longtemps, on ne peut moins faire que de remarquer combien souvent cette durée est très notablement diminuée. Dans nos observations, on est frappé de la rapidité avec laquelle se sont succédés les différents temps. La dilatation a été plus rapide que normalement ; il en a été de même pour l'expulsion, et la durée totale du travail a été extrêmement courte, au moins pour les deux secondipares.

Considérons en effet la durée moyenne d'un accouchement normal, chez primipares et multipares. Voici quelques chiffres donnés par les auteurs :

Veit.....	Dilatation	Expulsion	Total
Primipares	18 h. 15'	1 h. 45'	20 h.
Multipares	11 h.	1 h.	12 h.

Bar, dans son traité, donne comme moyenne de du-

rée totale, 12 à 15 heures chez les primipares, et 6 à 8 heures chez les multipares.

Varnier.....	Dilatation	Expulsion	Total
Primipares	12 h.	1 h. 30'	13 h. 30'
Multipares	7 h.	0 h. 30'	7 h. 30'

Koess de Munich..	Dilatation	Expulsion	Total
Primipares	15 h. 56'	1 h. 12'	17 h. 58'
Multipares	10 h. 52'	40'	12 h. 03'

Si maintenant nous nous reportons à nos observations, nous voyons que la rupture prématurée des membranes, loin d'avoir été une cause d'accouchement « lent et laborieux », comme disaient les anciens, a été tout au contraire, une circonstance qui a heureusement influencé la durée du travail.

Observation I, secondigeste: dilatation, 2 h. ; expulsion, 10' ; durée totale, 2 h. 10'.

Observation II, secondigeste : dilatation, 3 h. 15' ; expulsion, 25' ; durée totale, 3 h. 40'.

Observation III, principale : dilatation, 13 h. ; expulsion, 40' ; durée totale, 13 h. 40'.

D'où l'on peut conclure, que le travail en cas de rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois, n'est pas ralenti, au contraire.

INCONVÉNIENTS ET DANGERS DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE

Si on peut, ainsi que nous l'avons vu, se passer de la poche des eaux, il n'en reste pas moins qu'elle a une

importance qu'il ne faut pas sous-estimer, et que la rupture prématurée est un accident qu'il faut redouter, sans cependant le considérer comme une catastrophe.

Sans parler des présentations vicieuses, de la compression du cordon avec troubles de la circulation fœto-placentaire, il est classique de dire, et c'est la vérité, qu'un œuf ouvert a bien des chances pour ne pas continuer son évolution, et pour être expulsé dans un temps très court, après ouverture de la cavité amniotique et écoulement des eaux. C'est un accouchement spontané prématuré.

L'enfant peut naître vivant, cela se voit, mais il peut aussi succomber avant ou après le travail. S'il naît vivant, son degré de prématuration conditionne le pronostic. Il est admis qu'il est souvent débile, et difficile à élever. Il faudra pour lui conserver la vie, utiliser la couveuse et l'entourer des soins très grands que l'on accorde aux débiles.

Mais en somme, s'il y a eu accouchement presque immédiat, c'est qu'il y a eu infection. C'est, en effet, l'infection qu'il faut craindre par dessus tout ; infection de l'œuf et infection de la mère. « La rupture prématurée des membranes est pour l'établissement de la fièvre puerpérale un facteur dont tous les accoucheurs reconnaissent l'importance » écrit Hauch, de Copenhague dans *Gynecol et obst* 1923 — et il ajoute « le danger est grand, surtout quand l'œuf est mort ». Le Professeur Voron, dans le traité de Bar, écrit de son côté, à propos des bassins rétrécis : « La rupture des membranes favorise l'infection de la cavité

utérine pendant le travail, d'autant plus qu'on est amené à pratiquer de plus fréquentes explorations vaginales. »

Nos trois malades sont allées au voisinage de leur terme sans que l'accouchement se produise. Or, s'il ne s'est pas produit, c'est parce que à aucun moment, il n'y eut infection. *L'accouchement est conditionné par l'infection. Si on peut être assez heureux pour protéger sa malade contre l'infection, on peut espérer voir la grossesse se poursuivre dans des conditions suffisamment bonnes pour avoir un enfant vivant à une date voisine du terme normal.*

Du liquide amniotique

L'embryon que nous avons vu plongeant dans une cavité, ne l'occupe pas en totalité; il s'y trouve baigné, ainsi que nous l'avons dit, dans un liquide particulier, qu'on appelle « le liquide amniotique ». On a écrit beaucoup sur le liquide amniotique, sur son rôle, sur son origine, sur sa quantité. C'est précisément parce que nous avons été frappé par la grande quantité de liquide amniotique perdue par nos malades depuis la rupture de leurs membranes jusqu'à leur accouchement, que nous avons essayé de grouper quelques notions sommaires sur ce liquide.

Tout le monde est d'accord pour lui attribuer un rôle protecteur vis-à-vis du fœtus, contre les chocs et pressions extérieures. Il est admis qu'il permet l'accommodation de la présentation, en donnant au fœtus une mobilité assez grande, et dans l'accouchement normal il interviendrait, comme nous avons vu, à titre dilateur très efficace.

La quantité de ce liquide n'est pas la même à toutes les époques de la grossesse. Dans les premiers jours, s'il existe du liquide, il est impondérable, et il faut attendre le cours du deuxième mois de la ges-

tation, pour voir sa quantité atteindre dix à trente-cinq grammes.

Il est de notion classique d'admettre que cette quantité atteindrait un maximum, jamais fixe, au septième mois, et qu'à partir de ce moment, elle n'augmenterait plus, ou même diminuerait légèrement.

Des données récentes dues à Demelin, tendent à établir que ce liquide, croit assez régulièrement en quantité durant toute la grossesse, pour atteindre son maximum au moment du terme. En fait, c'est dans les derniers mois, que ce liquide est très abondant.

D'après nos observations, nous voyons que *le liquide s'écoule continuellement*. Dans un cas, observation II, 50 jours, avec une abondance extrême. *Il nous a semblé que cela pouvait constituer un argument à la manière de voir de Demelin. La quantité de liquide amniotique, loin de diminuer, augmenterait régulièrement, à mesure que la gestation devient plus avancée.*

D'où vient le liquide amniotique? Malgré un nombre considérable « invraisemblable » dit Bar, de travaux, on le sait très mal.

On lui a, pendant longtemps, attribué deux origines : l'une maternelle, l'autre fœtale. Suivant ses propres tendances, chaque auteur admettant telle ou telle uniquement, ou avec prédominance de l'une ou de l'autre. Dans ces dernières années est apparue la notion de l'amnios membrane sécrétante, l'amnios devenant un véritable organe travaillant pour son propre compte.

Incolore au début, le liquide amniotique devient

laiteux dans les derniers mois, il a une odeur spermatique et tache le linge.

En tablant sur le fait qu'il est un produit dont le fœtus n'a plus besoin, on a conclu qu'il s'agissait de l'urine fœtale accumulée, ce qui explique pour les tenants de son accroissement persistant, qu'il va régulièrement en augmentant. Ils invoquent un certain nombre de raisons qu'on peut ramener aux trois faits suivants :

Il est démontré que les reins du fœtus peuvent fonctionner, mais Tourneux (1) ébranle fortement cette idée, s'il ne la détruit en faisant remarquer que « le sinus uro-génital est encore imperforé lorsque le liquide commence à apparaître ».

Une preuve de l'origine fœtale du liquide amniotique se trouverait dans le fait qu'on y rencontre de l'urée ; mais il y a lieu de remarquer que si le liquide amniotique contient de l'urée, la quantité d'urée n'est nullement en rapport avec celle contenue dans l'urine. Alors que d'après de nombreuses analyses, le liquide amniotique contient 0 gr. 20 à 0 gr. 40 d'urée, l'urine en tient plusieurs grammes, 15 à 18 par litre. La quantité d'urée va en augmentant, c'est vrai, mais très faiblement, du début à la fin de la grossesse.

Enfin, la quantité de liquide augmente en cas d'ascite ou de cardiopathie congénitale. Pour Vignes, il est vraisemblable que « cette augmentation de liquide relève d'un hydramnios banal, qui reconnaît la même origine que la malformation elle-même ».

(1) TOURNEUX. — Précis d'embryologie, 2^e édition, p. 526.

Tout cela est peu certain, obscur et parfois contradictoire.

Pour Vignes, une opinion mieux appuyée par les faits, l'observation clinique, les recherches expérimentales, est que le liquide amniotique serait un dialysat dont l'origine n'est pas certainement élucidée. Faut-il voir son origine dans les vaisseaux de la mère ou du fœtus? C'est la question de l'origine maternelle ou fœtale du liquide posée sous un autre aspect. Il semble bien, d'après les analyses assez récentes de Labat et Favreau, confirmant celles de Labruche et de Doko-Uyeno qu'il y a transsudation.

ANALYSE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE
d'après LABAT et FAVREAU.

	par litre	
	Maximum	Minimum
Résidu sec à 100°.....	15,60	9,60
Substances organiques ..	8,40	3,40
Cendres	7,60	6,20
Chlorure de sodium.....	5,70	4.80
Acides phosphoriques	dosage non effectué.	
Albumine totale	2,90	1,50
Glucose ou acide lactique.....	traces	
Cholesterine d'après Grigaut.....	0 gr. 10	

Cette composition montre que les chiffres sont voisins des chiffres du sérum sanguin. « Il n'y a pas la modification quantitative des sels, qui est propre aux

sécrétions et, d'autre part, on ne trouve aucun produit qui ne préexiste dans le sérum. »

Il s'agit, écrit Vignes « d'un transsudat ayant passé à travers un filtre serré, sa composition par sa teneur en sels et par sa faible teneur en colloïdes est presque celle d'un vrai dialysat. Dans l'échelle des liquides de filtration, le liquide amniotique est bien plus près du liquide céphalo-rachidien que du sérum ».

Les variations de sa composition peuvent être rapportées aux pollutions par l'urine, les sécrétions cutanées, la desquamation du fœtus. La cytologie du liquide qui montre des cellules épidermiques avec quelques rares cellules amniotiques, appuierait cette manière de voir ; mais le liquide vient-il de la mère ou du fœtus ? « On peut, dit Vignes, concevoir que le liquide transsude à partir des vaisseaux de la caduque à travers le chorion et l'amnios. Il est possible qu'il provienne plus spécialement des vaisseaux de la caduque inter-utéro-placentaire, au niveau de la lamelle obturante sous-choriale, ou des lacs sanguins placentaires ; mais on peut concevoir aussi qu'il provienne des vaisseaux fœtaux qui rampent sous l'amnios placentaire ».

Certains, après l'étude des mitochondries des cellules de l'amnios, lui ont trouvé des caractères sécrétoires et ont constaté en cas d'hydramnios, des altérations histologiques qu'ils interprètent comme des signes d'hypersécrétion. La distribution des lipoides de l'amnios a été interprétée comme une preuve de son activité sécrétoire.

Les méthodes physiologiques semblent faire pen-

cher vers l'origine maternelle du liquide, sans entraîner la conviction.

Bar injecte une solution de ferro-cyanure de potassium dans la veine ombilicale et le liquide transsude en quelques minutes à la surface de l'amnios. Si l'enfant est mort, l'iodure de potassium passe tout de même dans le liquide qui, du reste, peut augmenter avec un fœtus mort.

Il y a aussi passage de liquide du fœtus à la mère. Nicloux (1) montre que de l'alcool introduit dans le liquide amniotique est bientôt retrouvé dans la circulation générale maternelle.

En somme, il existe un grand nombre de faits plus ou moins disparates et contradictoires. *D'après nos observations, nous voyons la facilité avec laquelle la cavité amniotique reconstitue son liquide, mais par quel mécanisme? c'est ce qui nous échappe complètement.*

(1) NICLOUX. — Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, séance du 2 juillet 1903.

Conduite à tenir

En face d'une rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse, quelle conduite tenir?

On peut être tenté d'intervenir activement. Certains l'ont fait et le font encore. Des accoucheurs, hantés par la crainte de l'infection, ont essayé de vider l'utérus au plus tôt, par les procédés les moins traumatisants, tout en étant les plus efficaces. Tous les procédés ont été employés. M. Hamm, de Strasbourg, a obtenu le déclenchement du travail par la galvanisation du col utérin, ce qui, selon Lui, permettrait d'éviter au maximum les risques d'infection par apport des germes extérieurs, plus spécialement vulvaires, au niveau de la cavité utérine.

Mais par ce procédé si on évite, et encore est-ce discutable, l'infection, on provoque le travail et on fait perdre à une femme le bénéfice d'un accouchement au voisinage du terme.

La conduite qui semble la plus rationnelle en cas de rupture prématurée des membranes, peut se ramener aux deux propositions fondamentales suivantes :

a) Prévenir l'accouchement prématuré;

b) Empêcher l'infection amniotique.

Eviter l'accouchement prématuré, est un point dont l'importance ne peut échapper à personne. Il est de toute nécessité de prolonger le plus possible le séjour du fœtus in utero. Il est particulièrement fâcheux, en certains cas, d'interrompre une grossesse. M. Rivière, Bordeaux, raconte l'histoire d'une primipare de 42 ans, très désireuse d'avoir un enfant vivant, ayant de l'hydramnios, et qui eut une rupture de l'œuf à six mois et demi. Provoquer chez elle l'accouchement prématuré, eût été sacrifier l'enfant. Or, par le repos, par une surveillance attentive de tous ses faits et gestes, M. Rivière put empêcher le travail de se déclencher pendant un mois et demi. La grossesse se termina spontanément au début du neuvième mois, et la mère eût la joie d'avoir un enfant vivant de près de trois kilos. Tous les accoucheurs se sont trouvés dans des conditions semblables, et l'on peut dire avec M. Rivière « qu'il est préférable de ne pas vouloir interrompre prématurément une grossesse, pour cette seule raison que l'œuf est rompu ». S'il est bien entendu que l'on ne recherchera, en aucune manière à vider artificiellement l'utérus, il y a lieu de redouter l'expulsion spontanée du produit de conception. Cette éventualité se réalisera de façon certaine, si l'infection amniotique s'allume.

L'infection amniotique n'est pratiquement possible que si les membranes sont rompues. On a bien cité des cas, exceptionnels, en vérité, Lehmann, Brindeau, Bar, ou l'infection du liquide amniotique a pu se

produire avec des membranes cliniquement intactes, mais en pratique, l'infection amniotique est toujours le résultat d'une rupture prématurée des membranes.

Il faut chercher l'origine de l'infection dans les microorganismes de la cavité vaginale. Le liquide amniotique a beau s'écouler continuellement en réalisant une sorte de lavage mécanique du canal génital, les microbes ne disparaissent pas et le liquide amniotique qui reste dans l'œuf ouvert, constitue « un excellent milieu de culture ». Si certaines femmes ont pu rester plusieurs semaines avec des membranes rompues, c'est que la flore microbienne vaginale était moins virulente chez elles, et que de plus n'existait pas de cause de dystocie empêchant la tête de s'engager.

Si donc, les responsables de l'infection amniotique sont les microbes vaginaux, le seul moyen susceptible d'avoir un effet réel sera d'éviter, autant que cela est possible, l'invasion de la cavité vaginale par les agents pathogènes venus du dehors.

On sait quelle difficulté il y a à obtenir une asepsie relativement satisfaisante des voies génitales. La perfection n'est pas réalisable. C'est pour cette raison, que l'on ne devra négliger aucun des moyens susceptibles de donner une asepsie telle que les chances d'infection soient énormément réduites. Si l'on ne peut détruire tous les germes, on peut éviter d'en introduire de nouveaux et faire en sorte que ceux qui restent, perdent assez de leur virulence pour ne plus être dangereux. Pour atteindre ce résultat, l'accoucheur doit savoir ne pas trop faire. Garipuy, jadis, conseillait le

repos complet au lit pour la femme, et l'abstention complète de toute intervention pour le médecin. Mais, disait-il, « ne rien faire, n'est pas si facile qu'on pourrait bien le croire, contre toute une famille inquiète, désireuse d'en finir le plus tôt possible, contre un mari impatient, contre des parents qui diront que c'est par ignorance que vous n'intervenez pas. Le médecin, sans s'arrêter aux plaintes des uns et des autres, n'oubliera pas que l'intervention ne pourrait être que nuisible aux deux êtres, sur la vie desquels il a mission de veiller, et que l'expectation seule lui est formellement indiquée. » L'accoucheur devra se souvenir toujours de ces paroles de Garipuy

En face d'une rupture prématurée, la femme sera maintenue au repos au lit et il faudra lui interdire de se lever sous quelque prétexte que ce soit.

Le canal génital pouvant être envahi par les germes extérieurs, il y a nécessité absolue d'assurer la désinfection minutieuse des organes génitaux externes, par une toilette périnéale et vulvaire très minutieuse. Il faudra faire l'occlusion de la vulve, sans placer de tampon vaginal et recouvrir le tout au moyen d'une lame de coton stérilisé.

La femme sera constamment surveillée, la température sera relevée matin et soir. Il va sans dire qu'on s'abstiendra rigoureusement de pratiquer le toucher vaginal. On proscrira de même les injections vaginales, pour ne pas courir le très gros risque d'introduire des germes pathogènes.

Il est évident qu'en même temps, on a soin de s'assurer de la présentation et de l'état de vie du fœtus.

Chaque jour, au moment de la prise de la température de la mère, on note son pouls et on contrôle les battements fœtaux.

L'écoulement sera examiné fréquemment avec soin. On notera soigneusement les modifications d'aspect. Il arrive que l'enfant rend du méconium, et le mélange méconium liquide amniotique est au plus haut point favorable au développement des microbes. On ne néglige pas de noter l'odeur, la quantité du liquide et ses variations.

Toutes ces précautions étant prises, on pourra attendre patiemment l'accouchement spontané et, en prévision, on fera préparer tout ce qui est nécessaire à cet effet.

Si quelques douleurs surviennent, tant que l'on n'est pas arrivé au voisinage du terme, et tant qu'il n'y a pas de fièvre et que l'enfant est vivant, il faut redoubler de précautions pour éviter l'accouchement prématuré. On peut administrer les sédatifs utérins, surtout l'opium, en se guidant pour les doses, sur les règles admises pour la lutte contre l'avortement.

Cette ligne de conduite permet de voir la grossesse se continuer.

La fièvre ne s'allume pas fatalement, et même n'est pas fréquemment signalée. Nos trois malades ont été absolument apyrétiques pendant tout le temps qui a séparé la rupture des membranes de l'accouchement.

Les statistiques de Lorrain (1920), de Kreiss (1923), confirment cete idée.

En somme, expectation et surveillance résument tout le traitement.

Il ne faut changer de ligne de conduite que si la fièvre apparaît. Dans ce cas, il est classique de provoquer le travail le plus tôt possible par les moyens habituels.

Pronostic

Au point de vue pronostic, il faut distinguer pronostic maternel et pronostic fœtal.

Nous avons vu au chapitre historique combien les anciens redoutaient la rupture prématurée des membranes. Les accoucheurs contemporains ont réduit ces craintes à leurs justes proportions. Les couches et suites de couches se passent généralement bien. De nos trois observations, découle ce fait déjà signalé dans les observations publiées. Il faut craindre l'infection, mais le danger est bien plus grand quand le travail est de longue durée que quand la rupture s'est produite tôt. Or, nous avons constaté que le travail, dans nos trois cas, a été plus rapide que dans l'accouchement normal avec persistance des membranes.

On peut conclure avec Demélin que : « une femme enceinte qui perd les eaux plusieurs jours avant d'accoucher, mais qui en finit rapidement une fois que le travail s'est mis en train, est dans une situation meilleur qu'une autre qui commence son accouchement par la rupture des membranes et qui reste longtemps en travail. »

Au point de vue fœtal, on peut dire que le pronostic est favorable. Tant que les bruits cardiaques sont normaux, qu'il n'y a pas de fièvre, en prenant les précautions sur lesquelles nous avons insisté, l'enfant continue à se développer. Le pronostic reste bon après l'accouchement. Les enfants sont nés vivants dans nos trois observations et se sont parfaitement développés comme des enfants nés à terme sans rupture prématurée des membranes. Un seul a été plus lent que d'habitude à reprendre son poids de naissance. La mère s'étant trouvée, par suite de crevasses des deux seins, dans l'impossibilité de l'allaiter régulièrement les premiers jours.

Les dangers qui menacent l'enfant dépendent d'un certain nombre de facteurs :

1° De l'âge de la grossesse auquel s'est fait l'accouchement.

Il est bien clair que l'enfant sera d'autant plus difficile à élever, qu'il sera né plus loin de son terme.

2° Du mode de présentation.

Une épaule n'assurera pas la dilatation, l'accouchement ne sera pas possible. Outre que la dilatation du col n'aura pu s'amorcer, comment réaliser une version dans un utérus rétracté?

3° De l'infection amniotique.

Nous avons vu les dangers de l'infection amniotique. Ce n'est qu'en l'évitant, nous le répétons, qu'on obtiendra un enfant vivant. Et même obtiendrait-on un enfant vivant malgré l'infection, qu'on a bien des chances de le voir succomber dans les jours qui suivent la naissance. De graves accidents le menacent : ophtal-

mie, ictère grave, infections respiratoires, digestives, etc., etc.

Une conduite prudente met à l'abri le plus souvent de ces dangers.

Observations

OBSERVATION I

Rupture prématurée des membranes 23 jours avant l'accouchement

Mme C..., 33 ans. — Secondigeste, ménagère.

Nourrie au sein maternel. Réglée à 13 ans et régulièrement.

Accouchement gémellaire à 6 mois et demi chez elle. Enfants morts-nés.

D. R. du 16 au 21 décembre 1923. — A. P. le 26 septembre 1924. Entre à la clinique obstétricale le 18 août 1924 pour hémorragie.

Age de la grossesse à ce moment : 8 mois.

Jusqu'à cet accident la grossesse a été bien supportée et la malade n'a jamais suivi de consultation.

A l'entrée, Examen Obstétrical.

Ventre ovoïde, utérus médian, parois souples.

La présentation est un sommet fixé en G. A.

Les bruits du cœur sont bons.

L'hémorragie qui amène la malade à la clinique se reproduit dès son arrivée à l'hôpital. La malade amenée à la salle des douleurs perd les eaux presque aussitôt, les hémorragies cessent à peu près immédiatement et les quelques douleurs qui étaient survenues disparaissent elles aussi.

Écoulement régulier et abondant de liquide amniotique.
Aucun incident jusqu'à l'accouchement qui se produit le 9 septembre 1924.

La malade est restée constamment au lit avec un pansement aseptique sur la vulve.

La température qui reste normale oscille entre 36°8 le matin et 37°2 le soir.

Le pouls est normal.

Bruits fœtaux normaux.

Début des douleurs le 9 septembre 1924 à 3 heures du matin.

A l'entrée à la salle de travail le 9 septembre à 5 heures le col est complètement dilaté.

Les membranes se sont rompues spontanément en apparence le 18 août.

La présentation et position sont O. I. G. A.

Les bruits du cœur sont bons.

L'engagement (la tête était déjà fixée depuis le 18 août) la rotation et le dégagement en O Pub se font très rapidement et à 5 h. 10 l'accouchement est terminé. La dilatation a duré 2 heures, l'expulsion 10 minutes, la durée totale du travail a été de 2 heures 10 minutes.

Enfant

Vigoureux, poids 3.280 grs, longueur totale 50 centimètres, pas de bosse sanguine, chevauchement des pariétaux sur l'occipital.

Pas de malformation, pas de lésion traumatique.

Tête fœtale : diamètres et circonférences normaux.

Délivrance.

La placenta se présente par sa face maternelle et est extrait par simple refoulement.

Perte sanguine, 200 grs, durée de la délivrance 1 heure 5 minutes.

La placenta est de forme ovale.

Dimension 17×15, poids 560 grammes.

Aucune altération, sauf un caillot noir adhérent.

Il existe un cotylédon isolé qui se trouve à environ trois centimètres du bord placentaire principal. Il semble bien que l'on doive rendre responsable ce cotylédon de l'hémorragie survenue le 18 août.

Les membranes sont complètes sans aucune rétention ni altération et le point de rupture siège au niveau du cotylédon isolé.

Le cordon grêle long de 47 centimètres ne présente ni circulaire, ni nœud.

Enfant nourri au sein maternel. Chute du cordon le 9^e jour.

En raison de crevasses du mamelon chez la mère, l'enfant n'est que partiellement nourri par le lait maternel, il ne reprend pas son poids immédiatement, mais à son départ le 11^e jour, la mère l'allait normalement, il va très bien et son poids est de 3.030 grammes.

Pour la mère, suites de couches très simples, pas de température à part le clocher normal du jour de l'accouchement, pouls normal.

Excellent état à sa sortie le 20 septembre.

OBSERVATION II

Rupture prématurée des membranes 50 jours avant l'accouchement

Mme C..., 25 ans. — Secondigeste, dactylographe.

Nourrie au sein maternel, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans.

Lésions au poumon droit en 1922 et emphysème.

Accouchement à 6 mois et demi en 1922 d'un garçon mort-né.

D. R. du 9 au 12 février 1924.

Accouchement probable le 18 novembre 1924.

La grossesse est bien supportée, et la malade qui n'est jamais venue à la visite entre d'urgence à la clinique obs.

tétricale le 29 septembre 1924, avec une grossesse de 7 mois et demi, parce qu'elle perd les eaux. A son arrivée à la salle de travail on constate que le liquide amniotique s'écoule en abondance.

Au dire de la malade les membranes se sont rompues sans cause apparente.

Examen. Utérus médian, parois souples.

La présentation est un sommet mobile, en position droite P.

Les bruits du cœur sont bons.

Du 30 septembre au 22 octobre pas de température, le 22 octobre quelques douleurs font craindre la mise en train du travail. Elles sont peu nombreuses et de courte durée.

La température monte le 23 octobre à 37°8, puis revient le 24 à la normale.

Le pouls reste bon entre 70 et 78.

Auscultation journalière des bruits du cœur fœtal qui restent bons.

A part la fausse alerte du 22 octobre aucun incident ou accident jusqu'à l'accouchement qui se produit le 18 novembre 1924.

Pendant cette longue période de 50 jours, il s'écoule constamment par la vulve une très grande quantité de liquide amniotique. La malade est maintenue au lit avec un pansement aseptique vulvaire.

Accouchement.

Entré à la salle de travail le 17 novembre à 24 heures.

A ce moment, col non effacé et non dilaté, à 3 heures 15 du matin le 18 novembre col complètement dilaté.

La présentation est un sommet en droite Post.

Les bruis du cœur sont bons.

L'engagement, la rotation et le dégagement se font assez vite et à 3 heures 40 l'accouchement est terminé.

La dilatation a duré 3 heures 15, l'expulsion 25 minutes, la durée totale du travail a été 3 heures 40.

Enfant.

Vigoureux, poids 2.820 gr., longueur totale 50 centimètres, pas de bosse sanguine. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Pas de malformation, pas de lésion traumatique, tête fœtale, diamètres et circonférences normaux.

Délivrance.

Le placenta qui se présente par sa face fœtale est extrait artificiellement 60 minutes après l'expulsion en raison des signes d'hémorragies qui surviennent.

Injection intra-utérine iodo-codurée en raison de la rupture prématurée des membranes et pour assurer l'hémostase.

La perte sanguine est de 600 grammes.

Placenta de forme circulaire.

Dimensions 16×16, poids 530 grammes.

Aucune altération.

Les membranes sont complètes, aucune rétention ni altération. Le point de rupture est à 8 centimètres du bord. Le cordon grêle long de 55 centimètres se présente ni circulaire, ni nœud.

Enfant.

Nourri au sein maternel. Chute du cordon le 7^e jour. Se développe de façon absolument normale, retrouve son poids de naissance au 9^e jour et pèse 3.070 grammes le jour de la sortie.

Pour la mère.

Suite de couches excessivement simples, aucune température, sauf le 30 novembre où on note le soir un 38°5. Il s'agit d'une angine rouge banale complètement guérie le 2 décembre.

Excellent état à sa sortie le 3 décembre 1924.

OBSERVATION III

Rupture prématurée des membranes 29 jours avant l'accouchement

Mme L..., 19 ans. — Primipare, ménagère.

D. R. du 6 au 10 octobre 1924. A. P. 15 juillet 1925.

Entrée à la clinique obstétricale le 8 juin 1925 pour douleurs légères.

Age de la grossesse à ce moment : sept mois et trois semaines.

Il s'agit d'une femme de petite taille 1 m. 44 mais avec un squelette parfaitement normal. Cœur et poumons sont normaux, il n'y a ni varice, ni œdème. Pas d'albumine dans les urines. La grossesse a été assez bien supportée à part quelques douleurs dans les jambes.

Examen obstétrical.

Ventre ovoïde. Hauteur du fond utérin 29 centimètres, les parois sont assez souples. La présentation est un sommet fixé en G. A.

Les bruits du cœur sont bons.

Le bassin de la malade est normal.

Le 14 juin 1925 rupture prématurée des membranes, écoulement continu et abondant de liquide amniotique.

La malade qui est restée au repos depuis son entrée y est maintenu. On applique sur la vulve un pansement aseptique.

L'accouchement ne se produisant pas la malade veut absolument rentrer chez elle et malgré l'écoulement continu du liquide, il est impossible de la retenir à l'hôpital qu'elle quitte le 27 juin 1925 après avoir signé une décharge.

Elle revient le 12 juillet déclarant ne pas avoir de température, et n'en avoir jamais eu, mais avoir perdu beaucoup et constamment. Elle accuse à son entrée quelques douleurs.

Le début des douleurs est du 12 juillet à 22 heures.

A l'entrée à la salle de travail le 13 juillet à 10 heures le col est dilaté à 8 centimètres.

Les membranes se sont rompues spontanément le 14 juin.

La dilatation complète est faite à 11 heures le 13 juillet.

Présentation et position O. I. G. A. (fixé depuis le 8 juin).

Engagement et rotation complète sont terminés à 11 heures 30, et le dégagement a lieu en occipito. Pub à 11 heures 40.

La dilatation a duré 13 heures, l'expulsion 40 minutes, la durée totale du travail a été de 13 heures 40 minutes.

Enfant.

Vigoureux, poids 3.100 gr., longueur totale 48 centimètres, pas de bosse sanguine, pas de modelage, pas de malformation, pas de lésion traumatique.

Tête fœtale, diamètres et circonférences normaux.

Délivrance.

Le Placenta se présente par sa face fœtale et est extrait par simple refoulement. Perte sanguine 100 grammes, durée de la délivrance 1 heure

Le Placenta est de forme circulaire, poids 450 grammes, pas d'altération.

Les membranes sont complètes, pas de rétention, le point de rupture est à 6 centimètres du bord.

Il existe un décollement amnio-chorial à peu près complet.

Le cordon gras à 60 centimètres de long et ne présente ni nœud, ni circulaire.

L'enfant est nourri au sein maternel. Chute du cordon le 6^e jour. Se développe d'une façon normale, retrouve son poids de naissance le 7^e jour et pèse 4.000 grammes à sa sortie le 11^e jour.

Pour la mère.

Suite de couches excessivement simples. Aucune température.

Excellent état à sa sortie le 24 juillet 1923.

Conclusions

I. — Les causes de rupture prématurée des membranes sont assez nombreuses, et parfois, difficiles à fixer. Il semble qu'il faille plus particulièrement retenir les anomalies placentaires et l'endométrite, causes de friabilité anormale.

II. — Dans le cas de rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse, l'expulsion du produit de conception ne survient pas nécessairement et toujours soit dans les heures, soit dans les jours qui suivent la rupture.

III. — Dans certains cas, on peut voir la grossesse se continuer pendant un nombre de jours quelquefois très grand: 23 jours, 29 jours et 50 jours, d'après nos observations. Ce laps de temps permet d'avoir des enfants sinon à terme, du moins très près du terme, et par conséquent d'une viabilité meilleure.

IV. — La condition principale pour obtenir la continuation de la grossesse dans de bonnes conditions, est d'éviter à tout prix l'infection. Celle-ci est possible, mais n'est cependant pas fatale ni même très fréquente.

V. — Le liquide amniotique se forme constamment en quantité très abondante et s'écoule de façon continue, depuis le moment de la rupture de l'œuf jusqu'à l'accouchement; mais le problème de son origine reste à élucider.

VI. — En face d'une rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse, l'enfant étant vivant, aucun phénomène d'infection n'existant, ni du côté de la mère, ni du côté de l'œuf, la règle de conduite doit être seulement d'attendre en surveillant.

VII. — Le travail une fois déclaré se fait aussi, et parfois plus rapidement que dans un accouchement normal, avec persistance des membranes, jusqu'à rupture tempestive de la poche des eaux à dilatation complète. La pression intra-amniotique n'est pas une force indispensable pour l'expulsion du fœtus.

VIII. — Les enfants qui sont restés pendant un temps assez long dans un œuf ouvert se développent, après la naissance, du moins dans les premiers jours, exactement comme tous les autres enfants.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Octobre 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Index Bibliographique

- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements. — Traité Bar-Brindeau. — Article, rupture prématurée des membranes, Tome III, 4^e édition.
- BROUHA, de Liège. — Conception actuelle de l'infection puerpérale. Etiologie. Anat. path. et prophyl. Gyn et Obst., Tome VIII, N° 1, 1923.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1858.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur, 1924.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Rupture prématurée des membranes in précis d'accouch., 6^e édition, 1924.
- DUPONT. — Morphologie normale et pathologique de l'endothelium amniotique. Thèse Lyon, 1903.
- EGAN. — Rupture of the membranes twenty fives days before the birth of a healthy child. — Méd. rec. 1890, P. 457.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 4^e édition, Tome I, p. p. 132-133.
- GALTIER. — De l'infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. Thèse de Paris, 1895.
- GARIPUY. — Ann. de Gyn., 1909.
- GONNET et BOUGET. — Rupture prématurée des membranes. Questions de garde d'accouchement, N° 46.
- GUERIN. — Cas de rupture prématurée des membranes. Soc. Obst., Paris, 14 juin 1912.

- HAMM. — Le déclanchement du travail par la galvanisation du col utérin. Gyn et Obst., Tome VIII, N° 5, 1923.
- HAUCH, de Copenhague. — Le diag. et la prophyl. de la fièvre puerpérale. Gyn et Obst., Tome VIII, n° 1, 1923.
- KREISS. — L'influence de la rupture prématurée des membranes sur la fièvre puerpérale. — Communication au congrès de la fièvre puerpérale; Strasbourg 1923. — In Gyn et Obst., tome VIII, n° 5.
- Le Rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement. Gyn et Obst., tome XVII, n° 5, 1928.
- LACAILLE. — De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse et l'époque de la rupture des membranes. Thèse Paris, 1883.
- Mme LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, 1825.
- LEAVITT. — Rupture of the amniotic sac 25 days before delivery. Northwest Lancet, 1902, p. 317.
- LELORIER. — Article « du Travail » in traité Bar-Brindeau. Tome I, p. p. 305 à 318, 4^e édition.
- LORRAIN. — De la rupture prématurée des membranes ovulaires. Thèse Nancy, 1919-20.
- LYON et DORMAN. — Am. Journ. of obst. et Gyn., 1921.
- PIERRE. — Influence de la rupture prématurée des membranes sur la durée de l'accouchement. Thèse Nancy, 1912.
- PIERRON. — Placenta Marginé. Thèse Lyon, 1907.
- PINARD. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes. Ann. de Gyn., 1886.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Traité d'obstétrique. Art. rupt. prématurée des membranes.
- RICHARD. — Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes? Thèse Paris, 1904, bibliographie historique.
- RIVIERE. — Discussion du rapport de Hamm. — Congrès de la fièvre puerpérale, Strasbourg, 1923.
- ROULIER. — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Thèse de Paris, 1878.

- TOURNAY. — Grossesse de 7 mois, poche amniotique rompue depuis 35 jours. Presse médicale Belge, 1903, p. 249.
- VERMELIN. — Diagnostic et traitement de la rupture prématurée des membranes. J. des praticiens, 17 décembre 1927, p. 833.
- VIGNES. — Physiologie obstétricale normale et pathologique. Masson édit., Paris 1923. Bibliographie très documentée.
- VORON. — Accouchement 35 jours après la rupture prématurée des membranes et l'issue de la plus grande partie du liquide amniotique. Soc. des Sciences méd., Lyon 1906.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	13
Etiologie	19
Les membranes	23
Leur structure et leur disposition	23
Leur rôle dans la grossesse et dans l'accouchement	25
Inconvénients et dangers de la rupture prématurée	27
Du liquide amniotique	33
Conduite à tenir	39
Pronostic	45
Observations	49
Conclusions	57
Index bibliographique	59



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °





